Lane Medical Library

Primäre oder secundäre Paralyse?

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem

Präsidium des Herrn Obermedizinalrats Prof. Dr. H. Grashey

vorgelegt von

Ernst Bibon,

approb. Arzt

aus Rüdesheim im Rheingau.

München

Druck von Val. Höfling, Kapellenstrasse Nr. 3.

1894.

Primäre oder secundäre Paralyse?

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem

Präsidium des Herrn Obermedizinalrats Prof. Dr. H. Grashey

vorgelegt von

Ernst Bibon,

approb. Arzt

aus Rüdesheim im Rheingau.

München

Druck von Val. Höfling, Kapellenstrasse Nr. 3.

1894.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153721_0015

Seinen

lieben Eltern in Dankbarkeit

gewidmet.

Primäre oder secundäre Paralyse?

Ist auch die Diagnose der progressiven Paralyse der Irren auf der Höhe ihrer Entwickelung leicht und scharf zu stellen, so liegen doch bei den Anfängen der Krankheit die Verhältnisse oft schwieriger, da hier die vagen, viel und wieder nichts Bestimmtes sagenden Symptome oft nur auf eine ernstere Erkrankung der Centralorgane deuten. Und doch ist es von unendlicher Wichtigkeit, gerade die Anfangserscheinungen richtig zu interpretieren, um über die Prognose der fraglichen Erkrankung im Klaren zu sein. Denn diese ist in den meisten Fällen der Tod. In den letzten Dezennien sind zwar mehrfach Beobachtungen berichtet worden, dass Paralytiker, „denen nicht der leiseste Pinselstrich zum klassischen Krankheitsbilde fehlte", völlige Gesundheit wieder erlangt haben. Nicht wenige Fachmänner aber, welche Heilungen verzeichnen zu können glaubten, derartige Meldungen jedoch wieder zurücknehmen mussten, da Recidive eintraten, zweifeln an dem Vorkommen von Genesungen. Sieht man denn auch diese vermeintlichen Heilungen nach, so heisst es gewöhnlich: Geheilt entlassen mit Defect von dem und dem. Eine restitutio ad integrum kann man kaum finden, nur sehr lang andauernde Remissionen oder Intermissionen. Einige

scheinen allerdings einer scharfen Kritik Stand zu halten. Indes gibt es zahlreiche Autoren [1]), die sich in diesen Fällen in Bezug auf die Richtigkeit der Diagnose sehr skeptisch verhalten. Wenn sich auch in dieser Hinsicht eine traurige Perspektive eröffnet, so ist dennoch die Sicherheit der Diagnose sowohl dem Publikum gegenüber als auch in forenser Beziehung von eminenter Bedeutung. Angehörige des Kranken und Gericht verlangen eine strikte Erklärung wegen der eventuell einzuleitenden Schritte, letzteres häufig wegen der nicht seltenen Konflikte, in die angehende Paralytiker geraten. Ihre Gemeingefährlichkeit erheischt manchmal ein sofortiges Eingreifen und Unschädlichmachen. Nicht von der Hand zu weisen möchte doch auch der Gesichtspunkt sein, dass es doch noch dazu kommen wird, dass, wenn nach Würdigung aller frühzeitigen Symptome die beginnende Paralyse festgestellt ist, durch eine dadurch gegebene möglichst frühzeitige Therapie gegen diese letale Krankheit und dann auch mit Erfolg angekämpft werden kann.

Seit der Entdeckung der Dementia paralytica — dieselbe wird dem Engländer John Haslam zugeschrieben — haben die verschiedensten Forscher sich bemüht, eine bestimmte Form in der Abwickelung der Krankheitssymptome herauszufinden, was dazu führte, dass, je nachdem psychische und somatische Erscheinungen als Anhaltspunkte dienten, verschiedenerlei Stadien und Typen des Krankheitsverlaufes unterschieden wurden. Dazu kam noch die Streitfrage der ersten Autoren, die sich mit der Fixirung des Begriffs Paralyse

1) Christian und Ritti, denen auch Baillarger beipflichtet, äussern sich in Dict. encyclop. 2e série t. XX, p. 762: „Nous avons la conviction absolue que chaque fois qu'on a signalé la guérison d'un cas de paralysie générale on a commis une erreur de diagnostic; il n'existait pas de périencéphalite. Et de même, chaque fois que nous avons affaire à une paralysie générale véritable avec périencéphalite nous sommes persuadés que la guérison est impossible et que la mort est la terminaison forcée de la maladie."

beschäftigten, über das Verhältnis[1]) der psychischen und somatischen Krankheitszeichen.

Esquirol, der erste französische Bearbeiter der Paralyse, hält die psychischen und motorischen Symptome durch verschiedene Prozesse bedingt, von einander unabhängig, indem er die Paralyse als selbstständige Erkrankung auffasst, welche die Dementia kompliziere; wie sie jeden Gesunden befallen könne, so trete sie auch zu jeglicher Geistesstörung als Komplikation hinzu.

Dieser Ansicht trat Bayle gegenüber, indem er der Paralyse eine besondere Form von Delirium vindiziert und beide Symptomengruppen auf eine Ursache zurückführt, da ihm die Beobachtung nicht entging, dass die motorischen und psychischen Erscheinungen zugleich einsetzten, parallel neben einander her liefen und eine gewisse Gesetzmässigkeit in der Abwickelung erkennen liessen. Er erklärte sie aus der von ihm in solchen Fällen gefundenen Arachnitis, die die psychische Exaltation als Folge der Reizung des Gehirns durch Hyperämie und leicht entzündliche Vorgänge der Häute, die Paralyse und Dementia aus dem Druck des in den Gehirnhöhlen und den Umhüllungen des Gehirns sich ansammelnden Serums.

Calmeil lässt die Frage offen, ob Paralyse eine Psychose komplizieren könne. Später spricht er sich jedoch für die Einheit der Krankheit aus.

Parchappe unterscheidet „die Fälle, in welchen Paralyse und Geistesstörung zu gleicher Zeit auftreten, von denen, in welchen die Paralyse erst nach längerem Verlaufe einer Psychose erscheint, und er zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass man mit Unrecht die allgemeine Paralyse als Ausgang des Irrseins angesehen hat, indem er sich be-

1) Soweit mir die Originalien nicht zugänglich waren, führe ich die hauptsächlichsten Ansichten darüber nach dem Aufsatze v. Krafft-Ebing: „Zur Geschichte der Dementia paralytica“ in „Allg. Zeitschrift für Psych.“ Bd. 23 an.

sonders auf die Fälle bezieht, in welchen Irresein und Paralyse zu gleicher Zeit auftreten und gleichen Schritt gingen, und ferner die, in welchen zur Paralyse erst die psychische Störung hinzutritt."

Nachdem noch andere Arbeiten die Ansicht bekämpft hatten, dass die Paralyse lediglich ein Endprozess des Irreseins sei, vielmehr eine Krankheit sui generis sei, erhoben sich in der Folge Meinungen, die in der Dementia paralytica zwei Affektionen, nämlich eine Erkrankung der Motilität und ein Irresein, erkennen wollten, die unabhängig von einander wären und sich nicht immer zusammen vorfinden müssten; ja sogar wurde die psychische Störung als Nebensymptom betrachtet und dieselbe als Komplikation aufgefasst, welche zur motorischen hinzutreten könne, was aber keineswegs immer der Fall sei.

Letztere Ansichten wurden energisch und schlagend von J. Falret[1]) bekämpft. Derselbe wies nach, „dass die Paralyse eine bestimmte Krankheitsform mit bestimmten Symptomen, nämlich eigentümlichen Motilitätsstörungen mit typischem Verlauf und einem charakteristischen Delirium sei, die derselben pathologisch-anatomischen Ursache ihre Entstehung verdanken", und zeigte ferner, dass gewöhnlich die psychische Störung das Erste sei, oder dass doch Irresein und Motilitätsstörung gleichzeitig auftreten und somit ein und derselben Ursache entsprängen.

Von deutschen Autoren schloss sich Duschek[2]) als Erster der Auffassung Bayle's an. Griesinger hatte, wenigstens noch in der ersten Auflage seines Lehrbuches, dieselbe Ansicht wie die französischen Fachleute, dass es sich bei Paralyse um eine Komplikation einer Psychose handele. Krafft-

1) Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales.

2) Prager Vierteljahrsschrift 1851, Heft 1.

Ebing[1]) geht auf die Frage der Komplikation in einem speciellen Aufsatze näher ein. Dieselbe ist nach ihm sehr unwahrscheinlich. Bei der Besprechung, wie durch Ausbreitung einer der primären Psychose zu Grunde liegenden Hirnaffektion oder durch eine zu einer Psychose hinzutretende anderweitige herdartige Gehirnerkrankung ein der Dementia paralytica ähnliches Bild entstehen könne, äussert er seine Meinung: „Leicht kommt denn eine ungenaue Beobachtung zur Ansicht, dass die Psychose schon der Anfang einer Dementia paralytica war, deren bisher latente oder früher gar nicht dagewesene Symptome nun in Scene getreten sind, oder was noch unwahrscheinlicher ist, dass Dementia paralytica nun als selbständige Psychose in den Verlauf einer früheren komplizierend eingetreten sei, eine Ansicht, die von Esquirol, Delaye, Calmeil, Georget ursprünglich als Regel aufgestellt wurde. Wir haben hier nicht zu erörtern, ob das komplizierende Vorkommen einer Dementia paralytica möglich sei; in den bisher zur Beobachtung gelangten Fällen lehrt eine genauere Untersuchung, dass entweder die psychischen Störungen schon von Anfang an mit motorischen Symptomen einher gingen, deren mangelhafte Beobachtung oder Unbedeutendheit sie übersehen liess (wir erinnern nur an die feinen, die Funktion kaum beeinträchtigenden ataktischen Störungen, welche lange Zeit im Anfangsstadium der Dementia paralytica die einzigen sein können), oder dass es sich um Verwechselung der Dementia paralytica mit apoplektischen Herden, Gehirnerweichung, tumor cerebri u. s. w. und dadurch bedingten Blödsinn mit Lähmung handelte."

Westphal und die übrigen deutschen Bearbeiter der Paralysefrage treten durchgehends für die Solidarität der beiden grossen Symptomengruppen ein.

1) Über die klinische differentielle Diagnose zwischen der durch Periencephalitomeningitis chronica bedingten Dementia paralytica und dem durch andere Gehirnkrankheiten hervorgerufenen Irresein mit Lähmung. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 23.

Seitdem die entité morbide allerseits zugegeben war und es also fest stand, dass die Dementia paralytica eine chronische Hirnkrankheit mit wesentlich zwei Hauptsymptomengruppen, psychischen und somatischen, die beide zusammen das Werk desselben krankhaften Processes, gewissen pathologischen Veränderungen im ganzen Centralnervensystem waren, stellte man nach der Häufigkeit mehrere Typen der Verlaufsart auf: eine vorwiegend maniakalische, melancholische und demente Form, jeder ein Prodormalstadium geringerer vasomotorisch-motorischer Störungen vorausgehend und gefolgt von einem terminalen dementen Stadium. Alle Fälle liessen sich nicht in diese Formen einpressen, da sich in vielen Übergänge und Verschmelzungen der einen oder anderen boten. Auch gelangten Fälle zur Beobachtung, deren Krankheitserscheinungen sich nicht allein aus den der Paralyse zu Grunde liegenden Veränderungen erklären liessen, trotz der Thatsache, dass auch die psychischen Symptome ein und derselben Ursache entspringen. Solche Beobachtungen drängten zur Überzeugung, dass neben diesem Process noch ein anderer selbstständig ablaufe, wodurch eben beide oder auch mehr Bilder, allerdings in gegenseitiger Wechselwirkung, bedingt würden. Diese Erkenntnis stützte sich namentlich auf die Veröffentlichung entsprechender Fälle durch Höstermann, Billod, Magnan, Westphal und Krafft-Ebing.

Letzterer betont in seinem Lehrbuche[1]) im Gegensatze zu seiner früher geäusserten, oben erwähnten Ansicht, dass es eine zum klinischen Verständnis mancher Fälle wichtige und erst neuerdings erkannte Thatsache ist, dass zu einer schon vorhandenen Form des Irreseins anderweitige hinzutreten können, und führt als Belege vier Fälle eigener Beobachtung an, unter denen zwei Fälle waren, bei welchen sich zur hallucinatorischen Paranoia Paralyse gesellte.

1) Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie p. 231.

Magnan[1]) bringt den Nachweis, dass zwei, ja sogar drei verschiedenartige Geistesstörungen neben einander bestehen können, indem er eine Reihe von Beobachtungen anführt, wo sich bei meist hereditär belasteten Individuen neben epileptischem und alkoholischem Irresein noch andere Formen von Geistestörung erkennen liessen. Durch Behandlung mit Brompräparaten und Entziehungskuren konnte man jene Erkrankungen zum Schwinden bringen, so dass die anderen nunmehr rein für sich allein dastanden, nach dem Aussetzen der Therapie die Symptome jener wieder in Scene traten.

Wenn es also möglich ist, dass bei ein und demselben Individuum mehrere Formen des Irreseins bestehen können, oder vielmehr, dass ein an irgend einer Form Erkrankter noch eine zweite hinzu erwerben kann, so kann man sich mit Recht fragen, warum denn ein solcher Kranker nicht auch einmal eine Paralyse acquirieren könne, warum denn ein etwa primär Verrückter gegen eine Erkrankung an Dementia paralytica geschützt sein solle. Diese Behauptung ist wohl ebenso wenig gerechtfertigt wie die der ersten Autoren, dass gewisse Erkrankungsformen für eine folgende Paralyse in höherem Masse disponierten. Für eine Immunität derartig primär Verrückter lässt sich wohl kein einziges Argument beibringen. Dagegen sind in der Literatur eine geringe, wie sich denken lässt, sehr geringe Anzahl[2]) von Fällen bekannt, die diese Möglichkeit ausser aller Frage stellen.

1) De la coexistance de plusieurs délirs. Arch. de Neurologie Bd. I.

2) Mendel macht in seiner Monographie: „Die progressive Paralyse der Irren“, Berlin 1880, p. 241 besonders auf die Seltenheit aufmerksam, dass Paralytiker früher geisteskrank waren. Und Meynert äussert sich hierüber: „Hereditär Veranlagte sind quasi ausgeschlossen von dem Befallenwerden durch Paralyse, indem die psychischen Reiz- und Schwächezustände bei solchen in jugendlichem Alter auftreten und sie schon in der Entwickelungs- und Lernzeit in den Hintergrund drängen, dass sie weniger den Schädlichkeiten der Arbeitsanstrengungen etc. ausgesetzt sind.“

Eine dafür sehr instruktive Beobachtung veröffentlichte Billod[1]), die noch dadurch an Wert gewinnt, dass der betreffende Kranke für diese Behauptung nicht nur den Beweis, sondern auch, wie Billod sagt, den Gegenbeweis oder indirekten Beweis liefert. Es handelt sich um einen Patienten, der an Hallucinationen fast aller Sinne und abnormen Sensationen litt, ohne dass das geringste Zeichen einer Paralyse entdeckt werden konnte. Diese hallucinatorischen Delirien, die fast ein halbes Jahr allein das klinische Bild ausmachten, erfuhren dann eine Veränderung, es gesellte sich Grössenwahn hinzu und etwas später die ersten Zeichen motorischer Störung. Dieser Zustand hielt längere Zeit an, dann verschwanden die paralytischen Symptome bis auf eine leichte Sprachstörung und es kam wieder, hierin liegt für Billod la contre-preuve, das initiale hallucinatorische Irresein zum Vorschein. Nach dieser relativen Remission kam ein Recidiv und der Kranke starb im paralytischen Marasmus.

Auch Höstermann[2]) tritt dafür ein, ohne dass er die allgemein anerkannte Thatsache von der Solidarität der psychischen und somatischen Symptome angreift, dass doch die alte Anschauung über die Dementia paralytica zuweilen gewissermassen zu Recht bestehen könne, indem zu einer schon vorhandenen Psychose eine progressive Paralyse hinzu kommen könne. Diese Art des Auftretens möchte er mit secundärer progressiver Paralyse bezeichnen. Er führt drei Fälle an, in welchen nach jahrelangem Bestande einer primären Psychose im Verlauf derselben Paralyse hinzu trat und das Ende herbeiführte. Die Bestätigung der Diagnose konnte er freilich nicht durch die Autopsie bringen, da die Kranken aus seiner Beobachtung entlassen wurden. Doch glaubt er andere Erkrankungen wie einfache Gehirnatrophie bei secundärer Geistesstörung, welche das Erlöschen der primären Bilder

1) Paralysie générale survenant comme complication dans le cours d'une folie simple. Annal. méd. psych. 1879.

2) Secundäre progress. Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 32.

durch secundären Blödsinn und die zugleich beobachteten Paresen bedingten, ausschliessen zu können und für seine Beispiele „wesentlich dieselben geweblichen Veränderungen annehmen zu dürfen, die in den typischen Fällen von Paralyse nach den zahlreichen Arbeiten vieler Forscher dieselben Symptome hervorbringen."

Bei diesen Kranken kam demnach zu einer sicher nachgewiesenen primären Erkrankungsform eine Paralyse hinzu und verlief neben der ursprünglichen Störung. Ausser dieser Konstellation gibt es noch eine andere, und die ist, dass das paralytische Irresein nach einer Psychoneurose auftritt, die in wirkliche Genesung oder wenigstens in eine Heilung mit Defekt übergegangen ist. In solchen Fällen würde dann die Frage entstehen, ob diese vorausgegangenen Störungen selbstständige Erkrankungen waren und die Paralyse als ein Novum hinzu trat, wie sie einen bis dahin Gesunden befallen kann, oder ob sie ein im gewohnten Verlauf der Dementia paralytica ungewohntes, den motorisch-vasomotorischen Störungen äquivalentes Prodromalstadium, also, wie Schüle sich ausdrückt, der erste Akt eines erst später einsetzenden eigentlichen Dramas war. Für diese Eventualitäten existieren in der Literatur einzelne Belege.

Betreffs der ersteren weise ich nur auf die Fälle Parchappes[1]) hin, in denen die Paralytiker vorher an anderer Geistesstörung erkrankt und wieder genesen waren:

Observation 237. Quatre ans avant la folie paralytique, accès d'aliénation mentale qui avait guéri après plusieurs mois.

Obs. 175. Un homme de trente-sept ans ayant eu, trois ans avant le devenir aliéné paralytique un accès d'aliénation qui avait guéri après trois mois de séjour à l'asile.

Obs. 132. Il y a vingt-huit ans, première attaque d'aliénation mentale, suites de couches; il y a vingt-deux ans seconde

1) Traité théorique et pratique de la folie 1841.

attaque; il y a huit ans, troisième attaque; la quatrième attaque de manie aiguë emporta la malade au bout de trois mois et demi.

Obs. 152. Il y a plusieurs années, attaques d'aliénation mentale. Séjour de plusieurs mois à l'asile.

Die Möglichkeit der letzteren Eventualität hebt Schüle[1]) hervor, indem er an der Hand von drei Beobachtungen einen eigentümlichen Verlauf von Irresein mit scheinbarer Genesung und späterem exitus letalis durch Paralyse beschreibt. Hier hatten die drei Kranken das Gemeinsame, dass sie eine Psychose durchmachten, bei der jede motorische Störung fehlte, jedoch schon die psychischen Symptome danach angethan waren, dass zwar ein schwererer „Hirnzustand" vermutet wurde, dass aber zuerst kein Grund vorhanden war, an eine auch nur drohende Paralyse zu denken. Diese Zweifel bezüglich der Diagnose und Prognose stützten sich auf die Schwere der anfänglichen Krankheitserscheinungen, die für eine primäre Störungsform zu intensiv auftraten. Deshalb hält es Schüle epikritisch für geboten, diese ersten Anfälle als ein bei der Paralyse sonst ungewöhnliches Prodromalstadium aufzufassen.

Baillarger[2]) glaubt für ähnliche Fälle verschiedenerlei Ansichten zulassen zu können: La première opinion consiste à soutenir que les accès de la folie paralytique, manie ou mélancolie, ne peuvent point être comparés aux accès vésaniques. Les malades, dit-on, ont un délire maniaque ou mélancolique, symptôme pur et simple de la paralysie générale à son début. On affirme que la paralysie générale est une maladie primitive et simple, et que le délire maniaque ou le délire mélancolique ne sont que des symptômes au même titre que l'embarras de parole, que les signes de démence.

---

1) Beiträge zur Kenntnis der Paralyse. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 32.

2) Diskussionen in der Société méd. psych. Annal. méd. psych. 1877, pag. 423.

Une seconde manière d'envisager ces faits a été defendue par Parchappe: Ces accès de manie ou de mélancolie sont en tout comparables, disait-il, aux accès de manie et de mélancolie vésanique; mais ils offrent des symptômes surajoutés qui aggravent le prognostic. Quand ce prognostic fâcheux se réalisera, je classerai ces maniaques ou ces mélancoliques dans ceux qui passent à l'état paralytique. Parchappe ne voulait voir quant au diagnostic que la manie ou la mélancolie. Le reste était, comme il le disait, affaire de prognostic.

J'ai essayé de faire admettre une troisième opinion. Je crois, comme Parchappe, que les accès de manie et de mélancolie sont bien comparables aux accès de manie ou de mélancoliques vésaniques; les symptômes surajoutés qui pour lui aggravaient le prognostic me paraissent suffisants pour ne pas laisser ces accès dans la classe des vésanies simples. Ce ne sont pas des maladies nouvelles, c'est toujours la manie ou la mélancolie, mais tellement aggravées par l'élément congestiv que j'ai proposé de les séparer sous la dénomination de folies congestives.

Enfin il reste une quatrième opinion qu'on peut aussi défendre. Un malade atteint de pleurésie entre dans un hôpital. Cette pleurésie offre quelques particularités speciales, en outre l'âge du malade, sa conformation, ses antécédents héréditaires font craindre des tubercules pulmonaires. La pleurésie guérit, le malade sort de l'hôpital; mais, un an plus tard, il rentre avec tous les symptômes d'une phthise confirmée. On dit de ce malade que la pleurésie était symptomatique des tubercules pulmonaires. Cette pleurésie a guéri, mais les tubercules sont restés. On peut dire la même chose pour les maniaques avec délire ambitieux quand ils guérisent de leur accès, mais qu'ils deviennent plus tard paralytiques. Jls avaient une manie symptomatique d'une paralysie encore latente, paralysie, qui n'a été confirmée qu'après un temps plus ou moins long. Dans les deux cas, la pleurésie et la

manie sont des maladies, qui en compliquent une autre et qui en outre ont avec elle des liens plus ou moins étroits. On ne prend pas les symptômes de la pleurésie pour en faire des symptômes des tubercules. On laisse les symptômes réunis pour constituer la pleurésie qu'elle soit ou non symptomatique. De même pour la manie, on ne devrait pas disjoindre les symptômes pour les rattacher a la paralysie elle-même. On doit les laisser réunis pour constituer la manie qui n'en reste pas moins la manie, alors qu'elle serait liée à une paralysie générale. Les accès de manie et de mélancolie au début de la paralysie générale devraient donc, comme la pleurésie au début d'une phthise encore latente, être considerés comme des complications.

In diesen letzteren von Baillarger aufgestellten Erklärungsversuchen dokumentiert sich wieder seine dualistische Auffassung der Paralyse, deren Verfechter hauptsächlich in der neueren Zeit Baillarger ist und für die er noch 1883 in einer längeren Abhandlung [1]) eine Lanze bricht.

Die im Vorhergehenden angeführten Varietäten im Verlaufe der Dementia paralytica sind selten. Ausser wegen ihrer Seltenheit sind sie noch dadurch von Interesse, dass sie zeigen, wie vorsichtig man in Fällen anscheinend einfacher primärer Erkrankungsformen in Bezug auf den zu Grunde liegenden Prozess sein soll, da man, auch wenn solche Formen in Genesung übergehen, darauf gefasst sein muss, dass eine Paralyse nachfolgen kann. [2]) Im Folgenden liegen nun zwei Beobachtungen aus der Klinik des Herrn Ober-Medicinalrates

1) Sur la théorie de la paralysie générale. Annal. méd. psych. 1883, p. 1.

2) Schon Calmeil weist in seinem Werke: „Traité des maladies inflammatoires du cerveau" p. 438 darauf hin: Il nous arrive souvent d'explorer avec la plus grande attention, pendant cinq à six mois, des aliénés que nous sommes tout étonnés de ne pas voir guérir, attendu que les caractères de leur délire nous paraissent des plus simples. Quelque fois l'explosion brusque d'une attaque de congestion cérébrale ou la manifestation d'une gêne evidente de la prononciation viennent ruiner

Prof. Dr. Grashey vor, die beide in ihrem Endstadium das Bild einer evidenten Paralyse boten, die sich aber dadurch unterscheiden, dass ihre ersten Krankheitserscheinungen, die in beiden Fällen den Eindruck einer sogenannten primären Irreseinsform machten, im Fall I abhängig, im Fall II unabhängig von dem der Endkrankeit zu Grunde liegenden Prozess sind; überdies entpuppte sich bei Fall II die Endkrankheit als eine scheinbare Paralyse, indem die klinischen Symptome allerdings eine regelrechte Paralyse vortäuschen konnten, die Autopsie ein greifbares Hirnleiden ergab.

Beobachtung I.

N. N., Ziegelarbeiter, früher Bauernknecht, hatte am 4. Februar 1889 auf eine gewisse N. N. ein Notzuchtsattentat verübt, wurde deshalb festgenommen und in der Frohnveste während der Untersuchung interniert. Dort sah er plötzlich Teufel und Geister, betete den ganzen Tag, weinte dazwischen und verweigerte die Nahrung. Infolge dessen gelangte er am 30. April 1889 in der Irrenanstalt zur Aufnahme. — Patient ist über Zeit und Ort orientiert, gibt an, im Jahre 1860 geboren zu sein, hält sich für geisteskrank, er habe im Gefängnis einen Anfall gehabt, sich nicht mehr ausgekannt, erinnert sich genau an die Vorkommnisse. Die linke Pupille ist ungleich weiter als die rechte, beide reagieren prompt auf Lichteinfall. Er nimmt abends Nahrung, verkehrt nicht mit anderen, nachts schläft er nicht, verlässt das Bett, unruhig, schreit, betet, beklagt sich dabei lebhaft über die Unruhe eines noch unruhigeren Kranken. Am nächsten Tag ist er in weinerlicher Stimmung. Man findet ihn wieder die Hände zum Gebet gefaltet vor einem Crucifixe stehend. Er wendet auch den Blick nicht davon ab, während er angesprochen wird und antwortet. Er wünscht einen Priester, spricht von seinen Sünden, weint dabei, tröstet sich dann selbst wieder, wünscht den Besuch seiner Angehörigen. Mittags Nahrungsaufnahme gering. Nachmittags sehr unruhig, verteilt Brod an gebrochene Kranke, kutschiert auf einem Lehn-

---

nos espérances, en nous indiquant qu'un travail inflammatoire s'est maintenant établi vers les centres nerveux intra-crâniens de ces malades. Und weiter unten: Les aliénés non paralytiques, qu'on s'obstine si souvent à rendre à la liberté avant leur entier rétablissement, et qui sortent des asiles au commencement de leur convalescence, rentrent souvent plus tard dans ces mêmes établissements dans des conditions de paralysie générale affligeantes.

stuhle im Saale herum. Abends steigert sich seine Unruhe sehr; er wird in höchster Erregung getroffen, Schweiss auf der Stirn, vollständig nackt. Ist in expansiver Stimmung, spricht von vielem Gelde, wirft mit hohen Geldsummen um sich. Die Pupillen sind, wie auch heute früh, gleich gross, im Isolierzimmer gewaltthätig, hüpft umher, entleert überall hin Urin. Abends $11^1/_2$ Uhr wird er eine Viertelstunde unbemerkt beobachtet, ist während dieser Zeit sehr unruhig, in seliger Stimmung, pfeift, singt Lieder.

Am 2. Mai früh $^3/_4 7$ Uhr findet ihn der Arzt auf seinem Strohsacke liegend, er schläft nicht, kommt demselben sofort entgegen. Der Inhalt des Strohsackes ist überall umhergestreut, er ist in elegischer Stimmung, meint aber doch, es werde noch alles gut werden, die N. N. werde noch seine Gemahlin. Untertags macht er keine besondere Störung, nach Tisch schläft er 2 Stunden im Garten. Abends verlangte er fortwährend einen Priester, eine Halbe Bier, beides in freundlich bittendem Tone. Er hatte heute deutliche Pupillendifferenz, die linke weiter als die rechte, beide reagieren prompt.

3. Mai. Patient gerät mit anderen Kranken in Konflikt, behauptet, ein Weg im Garten sei der seinige, und will andere nicht dort gehen lassen. Abends deutliche Pupillendifferenz, es ist jedoch die rechte weiter als die linke. Die Zunge wird stossweise hervorgestreckt; während Patient spricht, vibrieren die Muskeln des Unter- und Oberkiefers. Die Aussprache komplizierter Worte macht ihm Schwierigkeiten, die Finger zittern, die Patellersehnen-Reflexe sind erhalten. Macht Patient bei geschlossenen Augen Kehrt, so tritt Schwanken ein. Luetische Erscheinungen sind nicht nachweisbar; Schrift zeigt sich ataktisch.

6. Mai. Meist für sich allein, die Hände zum Gebet gefaltet, möchte isoliert sein, allein in die Kirche gehen. Die Mitkranken verspotten und verlachen ihn und werfen Steine in sein Gebetbuch, während er liest. Er will viel beten, obschon er keine Todsünde begangen hat. Gestern behauptete er, er sähe Gott alle Tage. Als er gefragt wurde, wie er aussehe, antwortete er: gross, allmächtig; heute sagte er, der Mensch könne Gott nicht sehen, er habe ihn nicht gesehen. In der Untersuchungshaft habe er die Gewalt bekommen, aus gewöhnlichem Wasser Weihewasser zu machen; er habe die anderen damit gesegnet. Wie er die Gewalt bekommen habe, weiss er nicht. Es sei ihm bis jetzt gut und schlecht gegangen, in der Zukunft werde alles gut gehen, er werde wohl Priester werden, er werde auch Geld bekommen. Er fängt häufig während des Gesprächs an zu weinen. Gestern hatte er gewünscht, man solle seine Angehörigen telegraphisch hierher holen; auch hatte er einen gewissen N. N. gewünscht, der mit ihm in der Untersuchungshaft war, um mit ihm sprechen zu können; dass dies nicht thunlich sei, wollte er

nicht einsehen. Das Rechnen macht ihm grosse Schwierigkeiten, namentlich das Multiplizieren. Seinen Geburtstag weiss er nur annähernd anzugeben — ungefähr der 5. Februar —, seine Mutter wisse es wohl auch nicht genau. An seine Antecedentien erinnert er sich mit leidlicher Genauigkeit. Über den Vorfall während des Notzuchtsattentats berichtet er wie die Anklageschrift.

7. Mai. Patient gibt an, er habe Nachts geträumt, es sei ihm so, als habe er gehört, er solle recht fromm sein, dann werde alles gut werden.

9. Mai. Geht einzelnen Kranken im Garten beständig nach, es seien das Heilige; es gäbe im Hause verschiedene Heilige; alle Josephs seien heilig. Aufgefordert, aus einer Zeitung, die er abends vor sich liegen hatte, etwas vorzulesen, liest er einige Worte leidlich, wenn auch sehr langsam, andere vollständig verkehrt; so liest er Versteinerung statt Versteigerung, Metroprolit statt Metropolit. Den Sinn des Gelesenen fasst er nicht auf. Die linke Pupille ad maximum erweitert, die rechte bedeutend enger.

29. Mai. Patient arbeitet fleissig im Garten, es steht ihm beständig Schweiss auf der Stirne; er gibt an, in dem Gefängnis seien böse Geister gewesen, die ihn, weil er nicht gebetet habe, zum Bösen verführen wollten. Seitdem er hier sei, gehe alles gut; er habe gehört, er solle nur fleissig beten, dann werde es gut. Seine guten Geister haben es gesagt, Gott und sein Schutzpatron. Es werden ihm auch solche Gedanken eingegeben; zuweilen ist es ihm, als ob eine Stimme aus seinem Innern dies ihm vorsage; gesehen habe er die Geister nie; man höre Geister, sehe sie aber nicht. In die Zukunft sieht er mit aller Zuversicht; in seiner Anklagesache muss er freigesprochen werden, da er unschuldig ist. Die Frage, was er nach seiner Entlassung thun werde, beantwortet er sogleich, dass er heiraten werde.

20. August. Patient verweigert zeitweise die Nahrung, ist sehr oft sehr erregt, so dass er isoliert werden muss; er halluciniert sehr viel, glaubt, seine Braut sei in der Anstalt. Es kommen ihm die oder seine Gedanken von ihm selbst, vom Herzen, vom Gehirn; er hält sich für verfolgt von vielen Leuten; zuweilen glaubt er, er solle getötet werden; von wem, sagt er nicht; er gerät darüber in ungeheure Erregung. Meist herrschen Förderungsideen vor; man hat ihn zum König der Engel gemacht, zur Majestät; mit seiner Gemahlin wolle er herrschen über Deutschland und Bayern.

22. Oktober. Deutet dem Arzte bei jeder Visite seine Wahnideen an, ohne sie auszusprechen, begleitet denselben, so lange er sichtbar ist, verlangt seine Entlassung, drängt mit zur Thüre hinaus. Heute hochgradig aufgeregt, droht alles zu zerstören. Nahrungsaufnahme bisher gut, heute ausgenommen. Ernährungszustand zufriedenstellend.

25. Oktober. Droht sich das Leben zu nehmen, predigt, verlangt stürmisch aus dem Zimmer, verbittet sich energisch die „Spinatorien", sagt, man solle ihm lieber Hände und Füsse durchbohren und ihn ans Kreuz schlagen, halluciniert, verwechselt die Personen, hält eine Kranke für seine Braut, einen Kranken für Christus, schläft nicht, isst aber ordentlich; häufig erregt, demoliert, wenn ins Zimmer gebracht, viel.

15. Januar 1890. Immer beherrscht von Grössenideen, er soll Kaiser, König werden, er kann diesen Geschäften vorstehen, seine Braut, die N. N., werde Königin etc., ist sexuell erregt, spricht fortwährend vom Heiraten und Umgang mit Frauen, drängt nach Thronbesteigung und fort.

21. Januar. Patient steht den ganzen Tag am Fenster und mimt zu seiner vermeintlichen Braut hinüber, nachmittags exhibierte er; drängt sehr, dass seine Angelegenheit, Kaiser zu werden etc., beschleunigt werde.

24. Januar. Musste wegen hochgradiger Erregung isoliert werden, kletterte an der Thüre hinauf, schimpfte und weinte, weil man ihn zurückhalte, drohte und bat dann wieder, ihn lieber tot zu schlagen.

25. Januar. Sehr erregt, tobt, verkennt alle möglichen Personen, hört seine Verwandten reden.

27. Januar wieder ruhig, man soll aber bald machen, dass er Kaiser werde; ein Mitkranker wird König. Bis 18. Februar ruhiger, heute kolossal aufgeregt, weil man ihn zurückhalte, droht mit Mord und Totschlag; aggressiv. In der Isolierzelle sucht er alles zu zerreissen.

20. Februar wieder ruhiger.

8. März morgens deprimiert, gegen Nachmittag erregt, verletzt einen Mitpatienten mit einem Zimmerbecher; rauft.

12. März ruhig, etwas deprimiert.

13. März. Verlangt nach seinem Mensch; sexuell erregt.

10. April aufgeregt, drohend, er will verhandelt werden, sonst bringe er noch einen um, damit er ins Zuchthaus komme.

4. Mai. Bisher immer leicht erregt, so dass er nur mit Vorsicht zu behandeln ist, musste wieder wegen steigender Erregung isoliert werden.

6. Mai ruhig, vorwiegend deprimiert, abstinierte, verspricht wieder ruhig zu sein.

17. Mai. Bisher ruhig; eine Konjunktivitis schiebt er auf die Anstalt, misst ihr grosse Bedeutung bei, deprimiert, erregt, drängt fort, nachmittags sehr weinerlich, bittet ihn verhandeln zu lassen, gibt seine früheren Grössenideen, Gesichtshallucinationen zu. Er erklärt, Medizin studieren zu wollen, dann könne man sehen, wie gescheid er sei; abends ruhig.

20. Mai. Nachts unruhig, morgens erregt, drohend, hinausdrängend, konspiriert mit einem ebenfalls Erregten.

24. Juni. Bisher ruhig, drängte bisweilen stark fort.

25. Juni. Klagt über Magenschmerzen, sehr ängstlich.

1. Juli. Intervenierte öfters bei Fütterungen und Katheterisierung, da er glaubte, man wolle ihn umbringen. Wird vom 28. Juli bis 1. August zu Bett gehalten, ruhiger.

August 1890. Es entwickelt sich ein leicht soporöser Zustand mit psychischer und motorischer Hemmung. Patient liegt meist apathisch, regungslos, mit starren Augen zu Bett, spricht nichts. Erst in den letzten Tagen ist die apathische Ruhe einer melancholischen Verstimmung mit episodischen Angstanfällen gewichen.

September 1890. Liegt stets ruhig zu Bett, unverändert, weinerlich, deprimiert, er müsse sterben, man habe ihm etwas angethan. Sehr geringe Nahrungsaufnahme. Viele körperliche Klagen, namentlich Magenbeschwerden. Ernährungszustand sehr zurückgegangen.

Januar 1891. Nahrungsaufnahme und Ernährungszustand haben sich gebessert, sonst unverändert. Klagt über Schmerzen auf der Brust; doch scheinen es vom Magen ausstrahlende Schmerzen zu sein. Bricht öfters Schleim, zuweilen blutig tingiert. Da auf den Lungen der Befund ein negativer ist, wird es sich wohl um ein Magengeschwür handeln, wenn überhaupt eine Organerkrankung vorliegt. Eine darauf gerichtete Diät ist nicht durchführbar, da Patient alsbald konsequent Nahrung verweigert, wenn er sie nicht aus dem gemeinsamen Kessel bekommt. Da Patient nichts spricht oder liest, nur zeitweise weint, dürfte sein Vorstellungsinhalt wohl ein sehr eintöniger sein. Hier und da äusserte er, man habe ihm etwas angethan, um ihn bei Seite zu schaffen; wegen eigentümlichen Geschmacks weist er nicht selten Speise und Getränke zurück.

1. Februar erregt, drohend.

2. Februar wieder ruhiger, deprimiert.

18. März 1891. Körperlich und geistig freier, steht seit einigen Tagen wieder auf.

Sommer 1891. Verhält sich ruhig, oft bettlägerig wegen Magenbeschwerden. Stimmung sehr labil, weinerlich, spricht nur auf Anreden und dann wenig. Nahrungsaufnahme oft sehr mangelhaft.

7. Juni 1892. Nach einer mehrwöchentlichen Depression, während welcher Patient oft tagelang in tiefem Stupor oder ängstlich hämmernd in einer Ecke sass, wobei er stundenlang denselben Satz vor sich hersagte, schlägt die Stimmung in das andere Extrem um. Er wird heiter, ausgelassen, äusserst mobil, macht die tollsten Sprünge, lacht unaufhörlich, gerät deshalb in mancherlei Konflikte mit anderen Kranken. Er wird dann sexuell aufgeregt; seine Reden drehen sich vorwiegend um sexuelle Dinge, er glaubt in beständigem Sexualkonnex mit seiner N. zu sein. Seinen derzeitigen Aufenthaltsort erklärt er ganz glückselig für ein Zuchthaus.

22. Juni 1892. Stimmung gegenwärtig erregt, namentlich in erotischer Beziehung, zuweilen zerrt er an seinen Genitalien, wirft sich zu Boden, macht Coitusbewegungen. Durch dieses Treiben zieht er sich eine Menge Contusionen zu.

2. Juli 1892. Die heitere Erregung ist mehr einer ängstlichen gewichen. Nahrungsaufnahme und Schlaf mangelhaft. Contusionen an allen Körperstellen. Fortdauernde hallucinatorische Erregung, die sich durch Schlaflosigkeit, Unruhe, Singen, Pfeifen, Schreien kund gibt. Daneben fast immer verwirrt, wenn er auch in einzelnen Momenten seine Umgebung richtig erkennt. Stimmung heiter, läppisch, oft weinerlich. Nahrungsaufnahme sehr wechselnd, bald isst er mit Gier, bald kommt er vor lauter Unruhe nicht dazu. Pupillen sehr eng.

26. Juli 1892. Dauernd isoliert; die Behandlung seiner zahlreichen Verletzungen nimmt täglich lange Zeit in Anspruch. Beim Verbinden starke Unruhe, singt fortwährend, deklamiert, dabei schliesst er jeden Satz mit der Silbe dalda und daldada ab, spuckt, schnalzt, hüpft, stösst, lässt sich zu Boden fallen. Sein Körpergewicht beträgt seit Wochen zwischen 58 und 60 kg. Sehr enge Pupillen.

28. Oktober 1892. Kam auf 51,7 kg herunter, bekam am 24. September zwei Anfälle von Bewusstlosigkeit und Krämpfen und Temperaturabfall auf 34,7°. N. N. war in den letzten Monaten hindurch in schwerer Erregung gewesen und hatte wenig geschlafen. Die Nahrungsaufnahme war gut. Nach den Anfällen war er ruhiger, subnormale Temperatur.

Dezember 1892. Patient hatte neuerdings wieder einen Anfall mit Krämpfen in den Oberextremitäten, leichten Streckkrämpfen im Rumpfe, Bewusstlosigkeit, Temperatursteigerung.

Mai 1893. Neuerdings Anfall mit Temperatursteigerung, Krämpfen, hochgradige psychische Benommenheit.

Ende Mai 1893. Hochgradig abgemagert, liegt hilflos zu Bett, reagiert auf intensives Anreden mit unverständlichen Lauten, wobei Lippen- und Gesichtsmuskulatur in starkes Zittern geraten. Sehr enge Pupillen, ohne Reaktion auf Licht. Patellarsehnenreflexe verstärkt.

Exitus letalis 5. April 1893, 3 Uhr 30 Minuten vormittags. Sectionsprotokoll: Gehirn: Gewicht 1225 g, Längsblutleiter leer. Dura mater zeigt auf der Innenfläche unbedeutende rostfarbene Belege. Pia auf der Convexität allenthalben getrübt und verdickt, aber leicht ohne Verlust der Rindensubstanz abziehbar. Windungen des Vorderhirns verschmälert. Ventrikel wenig erweitert, keine Granulationen, auch nicht im vierten Ventrikel. Die Gefässe der Basis zeigen unbedeutende Flecken in der Wandung, sind aber im Ganzen zart. Querschnitte durch alle Gehirnteile ergeben nichts Pathologisches.

Beobachtung II.

Frau N., geboren 1859 als Tochter eines prakt. Arztes, besuchte bis zu ihrem elften Lebensjahre die Volksschule, darauf drei Jahre ein Institut in X., dann blieb sie zwei Jahre zu Hause. Sie war sehr befähigt, lebhaft, aber eigensinnig und verzogen. In X. bildete sie sich zum Theater aus und verblieb dort drei Jahre, ging wieder nach Hause, weil sie sich leidend fühlte. 1882 starb der Vater, 1886 die Mutter, die Morphinistin war. Bis dahin war sie bei der Mutter und soll damals selbst Morphium genommen haben. Bald darauf heiratete Patientin. Ausser einer grösseren Reizbarkeit bemerkte ihr Mann nichts Abnormes, im Gegentheil, sie war das Muster einer sorgsamen Hausfrau, war häuslich und zufrieden. Während der ersten Schwangerschaft kamen wohl einige Aufregungen vor. Die Geburt des ersten Kindes wurde durch die Zange beendet. Wochenbett verlief normal. Nach der Geburt wurde Patientin still, wollte nicht mehr in Gesellschaft gehen, „das Temperament war ihr verflogen.“ Erst jedoch im Carneval 1888 steigerte sich die Traurigkeit sehr. Patientin weinte, weil sie nicht lustig sein könne mit den anderen. Der Schlaf soll gut gewesen sein, Appetit jedoch gering. Dieser Zustand schlug plötzlich in das Gegentheil um. Ausgelassene Fröhlichkeit, motorische Erregung, Rücksichtslosigkeit etc. fielen der Umgebung auf. Gleichzeitig kam eine gewisse Animosität gegen ihren Mann zum Durchbruch, sie belegte ihn mit Schimpfnamen, fügte Bekannten gegenüber aber gleich bei, heute Abend wirds schon wieder gut. Statt des früheren Gehorsams gerade das Gegentheil, sie liess gemeine Worte fallen, schlug alles zusammen, wenn ihr Wille nicht geschah. In späterer Zeit lief sie allein fort, ging in Concerte, warf ohne Zweck Geld hinaus. Der Schlaf war schlecht und durch Träume gestört, der Appetit gut. Auf Anraten der Ärzte zu Verwandten aufs Land gebracht, wollte sie immer fort, lief immer aus, wollte einmal durchs Fenster springen, da die Thür verschlossen war. Sie äusserte öfter Selbstmordgedanken, unter anderem einmal in Gesellschaft: Ich habe noch genug Gift (Morphium) zu Hause. Als der Landaufenthalt bei den Verwandten unmöglich wurde und die Rückkehr zum Manne ärztlicherseits verboten war, gelangte sie in der Anstalt zur Aufnahme. Geisteskrankheiten sind in der Familie nicht vorgekommen. Die Mutter war sehr exzentrisch. Stat. praes Zart gebaute, leidend aussehende Frau mit blauen Augen, die linke Pupille ad maximum erweitert, kaum reagierend. Rechts eine mittelgrosse reagierende Pupille. Eine Pupillendifferenz soll schon lange bestehen, angeblich durch wiederholtes Atropinisieren. Abdomen aufgetrieben etc.: gravida 7 Monat. Urin übelriechend. Blasenleiden.

14. Aug. 1888. Patientin ist noch immer in leicht maniakalischer Erregung, die sich dem Arzte gegenüber in fortwährenden Klagen über Anstalt, Pflegerinnen und Mitkranke kundgibt. Es kostet täglich grosse Mühe, die Flut der Wünsche etwas einzudämmen. Ein besonderes Vergnügen ist es für sie, ihre Mitkranken mit ihrer Unzufriedenheit anzustecken. In ihren Plänen, Villenkauf, dokumentiert sie Unkenntnis ihrer Vermögenslage. Allerlei Schwangerschaftsbeschwerden.

30. August. Drängt hinaus; sucht im Garten Bänke an die Mauer zu rücken, um so aus der Anstalt zu entkommen. Ist ungehalten über ihren Mann, der sie nicht abhole. Häufiger Wechsel der Stimmung.

28. September 1888. Bei gleichem psychischem Zustande grobe Briefe an ihren Mann, weil er sie nicht abhole.

2. Oktober. Grobe Briefe. Zahllose Wünsche über Arzt, Anstalt etc.

10. Oktober. Drängt fort, verfällt in grobes Schimpfen gegen die verschiedensten Personen, besonders gegen ihren Mann, droht mit Flucht, sucht sich wirklich durchs Fenstergitter durchzuzwängen, ohne Rücksicht auf die Folgen für ihr Kind. Dabei arbeitet sie fleissig an der Kinderwäsche.

18. Oktober. Das Schimpfen lässt nach, es scheint sich überhaupt ein Umschwung anzubahnen. Patientin äussert sich dankbar für kleine Aufmerksamkeiten. Ihr früheres Fortdrängen hat einer ihrem Zustand entsprechenden Sehnsucht nach dem Manne und dem Hause Platz gemacht. In den letzten Tagen öfter Erbrechen.

26. Oktober. Wechselnde Stimmung, bald das oben erwähnte gesunde Benehmen, bald Schimpfen und Jammern in der alten Weise. Patientin unternimmt Fluchtversuche.

6. November. 12 Uhr nachts Beginn der Wehen.

7. November. 9 Uhr morgens Geburt eines toten Mädchens in II. Schädellage. Normales Wochenbett. Anfangs Dezember wird Patientin allmählich ruhiger, gewinnt auch etwas Krankheitseinsicht, glaubt aber immer noch, dass die Verbringung in die Anstalt unnötig war. Insbesondere heben sich die Hetzereien an andere Kranke.

17. Dezember 1888 geheilt entlassen.

4. März 1889. Patientin wird wieder aufgenommen. Sie war nach ihrer Entlassung ganz gesund und besorgte ihren Haushalt, kochte aber schlechter als früher. Seit drei Wochen fiel eine gewisse Zerstreutheit auf. Patientin fing an, ihren Sohn zu waschen, vergass ihn wieder und fing etwas anderes an. Sie wurde misstrauisch gegen die Dienstboten, wollte das Haus nicht mehr verlassen. Der Appetit liess nach.

28. März. Ziemlich unverändert; nur abends tritt zuweilen Fieber auf. Patientin sitzt mit angstvoll gespanntem Gesichtsausdruck da, spricht fast nichts, stösst höchstens einzelne Laute hervor, welche schliessen

lassen, dass sie irgend ein Unheil befürchtet. Nahrungsaufnahme sehr schwierig. Fleisch nimmt Patientin stets wieder aus dem Munde heraus. Sie wird daher vorwiegend mit Milch und Eierspeisen ernährt. Urin leicht getrübt, schmiert und greift sich häufig mit den Händen an die Genitalien. Die Blasenausspülungen sind nur unter heftigstem Widerstande möglich. Sie behauptet, einen Stein im Leibe zu haben, die ausfliessende Creolinlösung sei Eiter etc.

14. April. Psychisch unverändert, spricht nur einzelne Worte, deren Inhalt mit dem ängstlichen Gesichtsausdruck auf das Fortbestehen der Angstgefühle deuten. Patientin erkannte den besuchenden Mann. Die Auseinandersetzungen desselben über eine günstige Wendung in der Vermögenslage hatte nur den Erfolg, dass Patientin sagte: „Wir haben kein Geld mehr, wir haben nur Läuse". Fleisch geniesst Patientin noch immer nicht. Auch die Aufnahme der Ersatzmittel begegnet lebhaftem Widerstande. Harn alkalisch, getrübt.

16. April. Patientin munterer, sie bewegt sich viel im Zimmer, erwidert mit kurzen Worten einfache Fragen, lacht sogar vergnügt bei der Unterhaltung. Harn tröpfelt noch ab.

27. April. Wechsel der Stimmung, klar-verwirrt. Meint, ihr Mann sei tot, er sei in dem Kriege, der jetzt geführt werde, umgekommen. Behauptet, eine Mitkranke sei ihr Mann und macht zuweilen den Versuch, ihr die Kleider herunterzureissen. Auch sonst zuweilen gewaltthätig gegen andere Kranke. Bei den Blasenausspülungen, die fortgesetzt werden, sehr widerstrebend.

30. April. Besuch des Mannes; sie ist im Zweifel, ob es ihr Mann sei, meinte aber doch, dass er es gewesen sein müsste, weil er ihr zwei Küsse gegeben habe. Auch dass ihr Sohn gesund sei, wollte sie nicht glauben; sie meinte, der sei gewiss tot.

22. Mai. Recht wechselnder Zustand, verkriecht sich in eine Ecke, geht zuweilen gegen ihre vermeintlichen Widersacher los, eigentümlicher Weise gegen die harmlosesten und hilflosesten Kranken. Ein anderes Mal relativ klar, weiss dann, wo sie ist, antwortet sogar schäkernd, schimpft mit Geschick. Nahrungsaufnahme und Schlaf befriedigend.

9. Juni. Auffallender Wechsel. Patientin halluciniert dann massenhaft, ist unreinlich, greift oft an; dazwischen Stunden, in denen sie lebhaft an ihr Benehmen im vorigen Herbste erinnert; sie ist dann schnippisch, anspruchsvoll. Die klaren Stunden fallen auf den Nachmittag.

Juli 1889. Psychische Besserung. Die Schwankungen in der Stimmung werden weniger häufig, sind nicht so prägnant. Im Ganzen herrscht eine ruhige und vernünftige Auffassung mit beginnender Krankheitseinsicht vor. Urin noch getrübt.

8. August. Geheilt entlassen. Blasenkatarrh noch vorhanden.

15. April 1893. Patientin war nach ihrem Austritt geistig und körperlich zufriedenstellend; seit einem Jahre wurde sie ganz apathisch, sie kümmerte sich um nichts mehr, kleidete sich lässig, ging selten mehr aus. Im Benehmen mit Mann und Kind war sie ruhig, so lange nicht die geringste Unannehmlichkeit eintrat. Aber der geringste Lärm des spielenden Knaben konnte sie in höchste Wut versetzen, das Fahren der Wagen, das Singen der Kinder war ihr entsetzlich. Seit einem Vierteljahre hat sich der Zustand verschlimmert; sie wurde äusserst reizbar; gegessen hat sie immer gut, aber auf höchst unappetitliche Weise; sie nahm das ganze Stück Fleisch in die Hand und riss und biss davon herunter. Dann stopfte sie sich den Mund auf einmal so voll, dass sie nur mit Mühe hinunterwürgen konnte; dabei trank sie unmässig viel, unbekümmert darum, was es war, und immer so, dass sie das ganze Gefäss, so gross es auch war, bis zur Neige leerte. Dabei war sie sehr unrein, liess Urin und Kot unter sich gehen, wo sie gerade stand, verschmierte ihn mit den Händen; dass sie dieselben auch zum Munde führte, konnte nicht angegeben werden. Der Schlaf war sehr schlecht, sie ging sehr ungern zu Bett und war sehr früh wieder auf, verlangte auch mitten in der Nacht aufstehen zu dürfen. Sie war äusserst reizbar, der geringste Widerstand konnte sie furchtbar erregen, sie fing dabei laut an zu schimpfen, ergriff, was sie erreichen konnte, um es zu zertrümmern. Sie verkannte in letzter Zeit auch Bruder und Mann, redete dieselben mit Sie an, sprach wiederholt in wirren Worten vor sich hin.

Stat. praes. Kleine, zart gebaute Frau, gravida. Beide Pupillen ad maximum erweitert, reagieren nicht; rechts etwas enger als links. Zunge kann nur unter Anstrengung hervorgestreckt werden, hochgradig zitternd, selbst die Hände werden dabei zu Hilfe genommen. Die Sprache ist bedeutend erschwert. Bei fehlender Aufmerksamkeit tritt starke Artikulationsstörung ein. Die Patellarsehnenreflexe sind gesteigert. Die Hände zittern ausgestreckt stark. Kleine ataktische Muskelaktionen, im 9. Monat gravida, Kind lebt, I. Schädellage. Mm. für drei Finger durchgängig. Stuhl und Urin in Ordnung. Morgens öfter Erbrechen. Patientin ist über Zeit und Ort nicht orientiert. Das Zimmer hält sie für ihr Wohnzimmer; sie glaubt in der Xstrasse zu sein. Die älteren Mitpatienten werden mit Grossmutter bezeichnet, die Pflegerin als ihr Dienstmädchen. Auf Fragen gibt sie oft unpassende Antworten, nur bei scharfer Nötigung, aufzupassen, antwortet sie leidlich richtig. Die Stimmung ist eine heitere. Patientin findet ihre Lage sehr angenehm, wünscht gar keine Veränderung derselben. Lesen und Schreiben fallen ihr nach den mit ihr angestellten Versuchen sehr schwer. Überhaupt steht ihr zu Stimmungsbildern sehr wenig Material zur Verfügung. Der Eindruck ist der einer bedeutenden Demenz bei vorherrschend heiterer Stimmung.

17. April. Isst mit Appetit, hält sich bei Tag ruhig, bei Nacht singt sie mitunter.

1. Mai. Bis jetzt war die Kranke ziemlich ruhig, ass gut und vertrug das Genossene. Stuhl auf Einlauf. Blasenthätigkeit gut.

4. Mai. Morgens Beginn der Wehen; nachmittags Geburt eines lebenden Knaben. Die Mutter ist sich der Bedeutung des Momentes wohl bewusst. Als ihr das abgenabelte Kind gezeigt wurde, streckte sie ihm ihre Arme entgegen. Wochenbett verläuft normal.

14. Mai. Kranke sehr apathisch, reagiert auf keine Anrede, hat kein Interesse für das Kind. Gesichtszüge schlaff. Die Körperwärme steigt auf 39° C. Abends keine Änderung. Temperatur 39,4°. Patientin hat wenig gegessen, einmal gebrochen. Keine übelriechenden Lochien, kein abnormer Befund auf der Brust.

15. Mai. Die Temperatur beträgt 40,1°. Die Kranke hat leichte Zuckungen in den Ober-Extremitäten. Hat heute nichts zu sich genommen.

16. Mai. Fieber zurückgegangen. Kranke apathisch, spricht nicht, ist aber bei Besinnung.

21. Mai. Starke Zuckungen im Gesicht und den rechtsseitigen Extremitäten. Patientin bewusstlos, erhält Einlauf per rectum.

26. Mai 1893. Früh 12 Uhr 30 Minuten exitus letalis.

Sektionsbefund: Ziemlich reichliches Fettpolster über Brust und Bauch; kleines Becken ohne abnormen Inhalt, uterus retroflektiert, beweglich etwa von Handtellergrösse, am fundus etwa 3 cm dick. Lungen, Herz, Nieren, Leber, Milz bieten nichts Abnormes. Uterus: Die Placentarstelle ist noch zu sehen, Schleimhaut etwas gerötet, nichts Abnormes. Gehirn: Der Längsblutleiter mit frischen und alten bereits organisierten, wandständigen Thromben ausgefüllt. Auf der Innenfläche der linken Duralhälfte blutig häutige Auflagerungen. Die Pialgefässe sind mit Blutgerinnsel gefüllt. Auf der rechten Hemisphäre über der ersten und zweiten Stirnwindung ist die Pia in der Grösse eines Fünfmarkstückes dunkelbraunrot verfärbt. Beim Abziehen der Pia kommt man daselbst etwa zwei Finger breit hinter dem vorderen Ende der ersten Stirnwindung in eine überwallnussgrosse, im Marklager gelegene Höhle mit fetzigen Wandungen und angefüllt mit einer Flüssigkeit, in der bröckliger Eiter schwimmt. Am anderen Ende der zweiten Stirnwindung ein erbsengrosser, offenbar frischer Abscess. In der linken ersten Stirnwindung in der Nähe des vorderen Endes ein nicht ganz wallnussgrosser, missfarbiger, von grauroten Punkten durchsetzter Herd. Die Ventrikel nicht erweitert. Das Ependym ist überall ausgedehnt gekörnt.

Diagnose: Erweichungsherd im rechten, Abscesse im rechten und linken Stirnhirn. Chronische Periencephalitis. Sinusthrombose.

Bei Fall I war der Krankheitsverlauf ein stetig fortschreitender, protrahierter, der sich ohne Remission, abgesehen von ganz kurzen, einige Stunden dauernden, über vier Jahre hinzog. Der Tod erfolgte durch Marasmus infolge der zuletzt evidenten Paralyse. An derselben lassen das unverständliche Silbenquetschen, einhergehend mit lebhaftem Vibrieren und Zucken der Lippen- und Gesichtsmuskulatur, die gegen das Ende hin stetig zunehmende Demenz, die damit parallel gehende Beeinträchtigung der Motilität bis zur absoluten Hilflosigkeit, die öfteren apoplektiformen Anfälle, die gegen Schluss andauernd subnormale Temperatur, die sehr engen, lichtstarren Pupillen, alle diese Erscheinungen in ihrer noch besonders bemerkenswerten klinischen Constellation und mit dem Gepräge des stetig Fortschreitenden keinen Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose. Ausserdem wurde dieselbe auch durch die Autopsie erhärtet. Das Protokoll führt Trübung und Verdickung der weichen Hirnhaut, eine Pachymeningitis hämmorrhagica, Atrophie des Stirnhirns mit Erweiterung der Ventrikel an. Für eine etwa bestandene Lues cerebralis findet sich nichts; die Gefässe der Hirnbasis zeigten unbedeutende Flecken in der Wandung, aber die Intima war zart und glatt.

Der Ausbruch der Geistesstörung war ein ganz brüsker. In der Detentionshaft setzte die Krankheit mit zahlreichen Hallucinationen ein, indem N. N. Teufel und böse Geister sah, die denselben so verwirrten, dass er sich „nicht mehr ausgekannt“ habe. In dem ersten Jahre seines Aufenthaltes in der Anstalt dauern diese Gesichtshallucinationen fort, es kommen auch solche von Seiten des Gehörs, einzelne des Geruchsinns hinzu und bringen die reaktiven Stimmungsbilder, die Verfolgungs- und Versündigungsdelirien hervor, wie sie die Krankengeschichte notiert hat. Dieselben beherrschten in den ersten Tagen und Wochen so sehr den Schauplatz, dass die Störung für eine selbständige, auf dem Boden einer funktionellen Erschöpfung basierende Psychose

imponieren konnte, zumal wenn man das plötzliche Auftreten der Hallucinationen und das Fehlen anderer Symptome berücksichtigt. Nun finden sich aber einige Zeit nach seinem Eintritt verschiedene Zeichen, die, in gegenseitige Beziehung gebracht, zu einer anderen Deutung drängen, ob nämlich nicht doch die zuerst beobachteten Sinnestäuschungen bloss ein Symptom einer damals latenten Paralyse und nicht eine eigene Erkrankung waren. Hallucinationen werden bei den verschiedensten Irreseinsformen beobachtet und sind dann nur ein Zustandsbild und nur in gewissen Fällen, wenn alle Erscheinungen Ausfluss und Werk der das Bewusstsein ausfüllenden Sinnesdelirien sind, ein in sich abgeschlossenes Krankheitsbild. Hier aber lässt sich die finale Paralyse hoch hinauf verfolgen.

Eigentümlich geartete zugleich und untermischt mit den Hallucinationen auftretende Grössenideen finden sich, die an die lange Zeit für Dementia paralytica charakteristisch gehaltene monomanie des grandeurs erinnert. Würde schon diese besondere Nüance der Delirien genügen, durch den Vorhang des hallucinatorischen Wahnsinns die dahinter steckende ernstere Erkrankung zu vermuten, so wurden, wenngleich nicht sofort bei dem Eintritt in die Anstalt, so doch nur wenige Tage später leichte motorische Störungen beobachtet. Schon am 6. Mai werden Zittern der ausgestreckten, gespreizten Finger, Schwanken beim Kehrtmachen mit geschlossenen Augen notiert. Die damals genommenen Schriftproben zeigten die spezifische ataktische Schreibart. Dazu kommt noch die gleich bei der Aufnahme aufgefallene Pupillendifferenz, die in der Folge öfters schwand, um dann wieder aufzutreten und auch in der Weise, dass die vordem mydriatische Pupille miotisch war. Dazwischen bemerkte man Miosis auf beiden Augen und ebenso Mydriasis, anfangs mit erhaltener Reaktion auf Lichteinfall. Gegen das Endstadium machten diese Erscheinungen einer hochgradigen Miosis beiderseits mit reflektorischer Pupillenstarre Platz.

Über die Bedeutung der Pupillenphänomene zur Verwertung bei der Diagnose auf Paralyse, besonders als deren frühzeitige Symptome, ist viel gestritten worden. Übereinstimmung allein herrscht in Betreff der reflektorischen Starre. Moeli[1]) gibt ihr Vorkommen bei Dementia paralytica auf 47 % an. Dazu fand er noch bei 4 % die Reaktion zweifelhaft, bei 10 % minimal. Dasselbe fanden Thomsen[2]) und Siemerling[3]), die an ausgedehntem Material diese Erhebungen vornahmen. Dieselbe wird zwar auch unter die frühzeitigen Symptome der Paralyse gerechnet, aber die Erscheinung ist meist erst dann ausgebildet, wenn auch andere Symptome schon eine solche Entwickelung zeigen, dass die Diagnose sicher gestellt werden kann. Als prämonitorisches Zeichen, das zu einem Verdacht auf die drohende Krankheit berechtigt, tritt sie zu spät ein. Anders die einfache Pupillendifferenz, ohne dass die Iris ihre Beweglichkeit verloren hätte. Sie ist ein so sehr in die Augen fallendes Zeichen, dass sie der Aufmerksamkeit der Ärzte nicht entgehen konnte. Über ihre Verwendung in diagnostischer Beziehung speziell als pathognomisches Symptom der progressiven Paralyse herrschen die verschiedensten Ansichten. Demselben durch den Hinweis, dass es auch bei Geistesgesunden vorkomme, jede Bedeutung abzusprechen, dürfte wohl zu weit gegangen sein. Wenn es bei solchen beobachtet wurde, so waren das Personen mit neuropathischer Konstitution, bei denen womöglich noch hereditäre Belastung als Schreckgespenst zur Vorsicht mahnte. Auf jeden Fall steht es fest, dass ungleiche Weite der Pupillen ein pathologisches Zeichen ist, das freilich durch mannigfaltige Ursachen bedingt sein kann. Bei weitem am häufigsten ist ihr Vorkommen bei Geisteskrankheiten konstatiert. Mithin zeigt ihr Auftreten bei Ausschluss peripherer

1) Über die Pupillenstarre bei der progr. Paralyse. Arch. f. Psych. 18.

2) Charité Annalen 1886, p. 339.

3) Charité Annalen 1886, p. 363.

Ursachen durch Augenerkrankungen cerebrale Reizzustände an. Mangelnde Ausgleichung des Druckes soll nach Leiden[1]) das Phänomen hervorbringen, eine Erklärung, für welche Wilks ein schlagendes Beispiel mitteilte, wo bei einem hydrocephalen Kinde durch Veränderung der Lage des Kopfes im Bette willkürlich entsprechende einseitige Erweiterung der Pupille hervorgebracht werden konnte. Früher galt das Auftreten der Anisocorie bei Geisteskranken als ein Zeichen, das geeignet war, die Prognose geradezu ungünstig zu stellen. Wenn auch dem nicht so ist, da dieselbe nach den verschiedensten Beobachtungen bei den sogenannten primären Erkrankungsformen, der Manie, der Melancholie etc., ohne eine unheilvollere Störung anzudeuten, erscheint, so ist sie doch als prämonitorisches Symptom der Paralyse nicht ganz ohne Bedeutung.

Während namentlich die Franzosen nach dem Vorgange Baillarger's[2]), der auf diese Erscheinung als auf eine solche hinwies, die dazu dienen könnte, in gewissen zweifelhaften Fällen, die schon andere suspekte Symptome böten, in Verbindung mit diesen die Diagnose zu sichern, die Pupillendifferenz der Paralyse als pathognomisches Zeichen vindiciert wissen wollten, schränkten die Arbeiten deutscher Fachmänner über diesen Gegenstand diese Behauptung etwas ein, indem sie darlegten, dass diese Erscheinung bei Geisteskranken aller Art, Melancholikern und Maniakalischen, bei Idioten sowohl als auch Paralytikern vorkomme. Nasse[3]) fand von 229 Kranken nur 83 ohne Pupillendifferenz; nach demselben Wernike unter 149 Kranken in 20 Fällen, ein anderes Mal bei 90 Patienten in 12, bei 105 in 25 Fällen. Indes geben alle zu, die sich mit den statistischen Erhebungen über dieses Phänomen beschäftigt haben, dass die Paralytiker

1) Virchows Archiv 1866. 37. 4.

2) Gaz. des Hôp. 1850.

3) Über die prognostische Bedeutung der Pupillendifferenz. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 25.

das grösste Kontingent dazu stellen. Moeli[1]) gibt die Häufigkeit auf 41 % an. Ihm sekundieren Thomsen[2]) und Siemerling.[3]) Mendel[4]) fand bei seinen Kranken Pupillendifferenz in 60 % und betont, dass dieselbe häufig das erste Zeichen einer zentralen Erkrankung sei; so sei dieselbe bei einer seiner diesbezüglichen Beobachtungen $3^1/_2$, in den anderen $1^1/_2$ resp. $^1/_2$ Jahr als alleiniges Zeichen der geistigen Störung vorausgegangen. Nach Simon[5]) beobachteten dieselbe:

Seifert	unter	25	Fällen	17 Mal,
Pelmann	„	50	„	25 „
v. Linstow	„	64	„	21 „

Nasse[6]) fand folgende Verhältnisse seiner 108 Fälle allgemeiner Paralyse. Von 25 weiblichen Kranken liess nur eine keine Pupillenveränderung wahrnehmen, bei 3 bestanden sonstige Erkrankungen des Auges, bei 21 deutliche Pupillendifferenz. Von 83 männlichen Paralytikern zeigten 76 deutliche Differenz, 2 andere konstante Verengerung der Pupillen, 2 hatten Augenleiden, während nur bei 3 keine Abweichung getroffen wurde. Demnach waren hier von 108 Kranken bei 97 ungleiche Weite der Pupillen vorhanden. Austin[7]), der von 100 paralytischen Kranken 98 Mal dieselbe bemerkte, glaubte sogar aus seinen Beobachtungen den Satz ableiten zu dürfen, dass eine bestimmte Beziehung zwischen der Körperseite, auf welcher die Bewegungsstörung der Iris vorhanden sei, und der Form des Deliriums bestehe, und zwar, dass der Affektion der linken Pupille die maniakalische, derjenigen der rechten die melancholische Form des Deliriums entspreche und der Zustand der Pupillen mit dem Wechsel

1) l. c.
2) l. c.
3) l. c.
4) Die progressive Paralyse der Irren. Berlin 1880.
5) Die Gehirnerweichung der Irren. Hamburg 1870.
6) l. c.
7) Annal. méd. psych. 1862. VIII, p. 177.

der Exaltation und der Depression sich regelmässig ändern. Diese Behauptung wurde auch bald widerlegt. Nebenbei bemerkt wäre bei unserem Kranken, der mitunter springende Pupillen hatte, der Satz nicht anwendbar oder vielmehr durch ihn nicht bestätigt. Im Gegensatze zu diesen Erhebungen erklärte Neumann[1]), dass Pupillendifferenz bei Paralyse selten sei. Die meisten Beobachter sind jetzt darüber einig, dass Pupillenungleichheit etwa in der Hälfte der Fälle von Dementia paralytica und schon sehr früh anzutreffen sei.

Leuchtet auch daraus nur eine geringe Bedeutung dieses Phänomens hervor, so wird dieselbe durch seine Kombination mit anderen an und für sich auf nur unbestimmte Alteration hinweisende Zeichen bedeutend erhöht. Besonders aber gewinnt diese relative Bedeutung an Wert, wenn es im Verein mit solchen psychischen Symptomen auftritt, die für sich schon einen Verdacht auf Paralyse erwecken. Dass solche bestanden, ist oben kurz angedeutet. Vor allem der grosse Wechsel der ersten Krankheitstage, das häufige Übergehen von einer Form der Seelenstörung in die andere, bald depressiv-melancholische, bald expansiv-maniakalische Stadien mit interkurrenten tobsüchtigen Exacerbationen, untermischt mit Abschnitten, wo die Beteiligung der sexuellen Sphäre vorherrschte, die sinnlosen Grössenwahndelirien, die ohne Kritik und Logik geäussert wurden, so dass das ganze Bild den Stempel des Absurden und der psychischen Insufficienz erhielt, brachten ein solch proteusartiges Bild hervor, wie solche nur von der Paralyse bedingt werden. Alle diese Erscheinungen reichen hoch hinauf und werden nur durch die in den ersten Tagen im Vordergrund stehenden Hallucinationen etwas zurückgedrängt.

In dem ersten der Höstermann'schen[2]) Fälle litt der Patient an hallucinatorischem Irresein und zu diesem gesellte sich die Paralyse. Dort sprach die lange Dauer der Krank-

1) Neumann, Lehrbuch der Geisteskrankheiten.
2) l. c.

heit — Patient hatte zehn Jahre vor der Aufnahme die ersten Sinnestäuschungen gehabt, die zur Fixation und Ausbildung von Wahnideen führten, in welchen ein ganzes System von Erklärungsversuchen verwendet war — die Neubildung von Worten in selbstgeschaffener Bedeutung für den alleinigen Bestand dieser primären Erkrankungsform, und die bei der Aufnahme konstatierten Symptome: Schlaffheit der Gesichtszüge, besonders Parese des rechten facialis, Pupillendifferenz, Erschwerung der Sprache und die dabei auftretende charakteristische Spannung der Lippen, Zittern der Zunge und der Hände, Unsicherheit der Schrift und plumper Gang für eine erst seit kurzer Zeit bestehende Paralyse. Hier waren beide Symptomengruppen neben einander, wenigstens war von einer vor der Haft vorhandenen Krankheit nichts bekannt. Dieses gleichzeitige Auftreten lässt schon einen kausalen Zusammenhang vermuten.

Krafft-Ebing[1]) sagt zwar, die Hallucinationen seien bei der Paralyse so selten, dass man zunächst an der Richtigkeit der Diagnose zweifeln müsse, demnach würde ihr Vorkommen mehr für eine selbstständige Erkrankung sprechen. Huppert[2]) meinte sogar, dass der Mangel zweifelloser Hallucinationen für Paralyse charakteristisch sei. Auch Simon[3]) behauptet, dass Hallucinationen und Illusionen fehlen oder doch sehr selten seien. Desgleichen hält Hagen[4]) nur ein seltenes Vorkommen bei Dementia paralytica für möglich. Bei Westphal findet sich über deren Vorhandensein nichts. Diesen Ansichten über das Fehlen oder die Seltenheit ihres Auftretens stehen die Ansichten anderer Fachleute gegenüber. Voisin[5]) erklärt dieselben für ebenso

1) Lehrbuch p. 665.

2) Aus der Inaug.-Diss. von Hugo Gellhorn, Marburg. Hallucinationen bei Paralyse etc.

3) l. c.

4) Zur Theorie der Hallucinationen. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 23, p. 1.

5) Traité de la paralysie générale. Paris 1879.

häufig als bei anderen Geisteskrankheiten, wie denn überhaupt die Franzosen sie häufiger beobachten wollen. Nach Foville[1]) treten sie fast regelmässig in ein oder der anderen Phase des paralytischen Irreseins auf. Jung[2]) findet bei 127 paralytischen Frauen 69 Mal Hallucinationen. Auch Mendel[3]) konnte mit Sicherheit in 65 Fällen von 181 dieselben nachweisen. Besonders seien sie im melancholisch-hypochondrischen Stadium anzutreffen. Die Möglichkeit ihres Auftretens geben somit fast alle Beobachter für die Paralyse zu.

Leider fehlt hier die Anamnese, die wahrscheinlich schon Anzeichen für die begonnene Paralyse vor dem Ausbruch der Hallucinationen ergeben hätte. Das $1^1/_2$ Monate vorher versuchte Notzuchtsattentat, das, wenn man noch die besonderen Umstände berücksichtigt, unter denen es unternommen wurde, einen Schluss auf eine schon damals fortgeschrittene Schwäche der intellektuellen und moralischen Sphäre zulässt, darf man hiernach auf Rechnung bereits begonnener pathologischer Organveränderung der Centralorgane setzen. So liesse sich erklären, dass durch die Detentionshaft, die ja bekanntlich bei disponierten Individuen die Gelegenheitsursache für den Ausbruch von Geisteskrankheiten, besonders von Hallucinationen werden kann, bei dem Angeklagten, der ein bereits durch Gewebsveränderungen geschwächtes Gehirn in das Gefängnis mitbrachte, die Hallucinationen ausgelöst wurden und die bisher latente Krankheit eine greifbare Gestalt annahm. Demnach hätten wir in diesem Falle nicht zwei getrennte, selbständige klinische Krankheitsformen, die einander komplizierten, sondern eine von Anfang an für sich allein verlaufende Paralyse, bei der die beobachteten, einen plötzlichen Ausbruch einer einfachen Geistesstörung vortäuschenden Hallucinationen nur eine Gruppe in

1) Annal. méd. psych. 1877, p. 1.
2) Zeitschrift f. Psych. Bd. 36, p. 406.
3) l. c.

dem grossen und mannigfaltigen Symptomenkomplex fraglicher Krankheit waren.

Anders verhält es sich mit den Erscheinungen, die im Verlauf der Krankheit des II. Falles vorkamen. Resumieren wir kurz denselben. Die erste geistige Störung entwickelte sich im Anschluss an eine Geburt langsam ansteigend mit einem melancholischen Auftakt zu einer maniakalischen Exaltation. Dieselbe hielt nicht ganz ein halbes Jahr an und ging nach öfterem Hin- und Herschwanken des psychischen Gleichgewichts so weit in Genesung über, dass Patientin Mitte Dezember 1888 entlassen werden konnte. Das Ruhestadium dauerte nicht lange. Schon anfangs März des folgenden Jahres musste Frau N. wieder aufgenommen werden. Diesmal bot sie das Bild einer tiefen psychischen Depression mit partieller Nahrungsverweigerung und vorwaltenden Angstaffekten. Dazwischen kamen auch Phasen sexueller Aufregung und gelegentliche Äusserungen von Hallucinationen und Illusionen vor. Nach $5^1/_2$ monatlicher Störung erfolgte wieder psychische Rehabilitierung, so dass Patientin wieder der Familie übergeben werden konnte. Nunmehr hielt die Euphorie längere Zeit Stand. Die dritte Aufnahme erfolgte erst nach $3^1/_2$ Jahren, jetzt aber unter dem Bilde einer fertigen Paralyse. Der Tod erfolgte durch interkurrente Hirnabscesse.

Über die Entstehung der letzteren lassen sich nur Vermutungen aufstellen, da eine sichere Eingangspforte für etwa von aussen eingedrungene pathogene Mikroorganismen nicht zu entdecken war. Für die am nächsten liegende Möglichkeit — die Frau befand sich gerade in den Wochen —, eine Invasion von Infektionserregern von den Genitalien her anzunehmen, fanden sich keine Anhaltspunkte. Boten schon die Genitalien intra vitam keine abnormen Befunde, so zeigte auch bei der Autopsie der gut involvierte uterus, namentlich die noch sichtbare Placentarstelle, keine pathologische Reaktion.

Die durch die Anamnese bei dem letzten Eintritt verzeichnete allmähliche Abnahme der höheren psychischen

Funktionen, die Defekte der ethischen und ästhetischen Sphäre, die Störung der Intelligenz und des Bewusstseins, die sich in der Verkennung der nächststehenden Personen kundgibt, die grosse Apathie im Vereine mit den gleichzeitig erhobenen motorischen Ausfallserscheinungen, den ataktischen, unkoordinierten Bewegungen, der erschwerten Sprache mit bedeutenden Artikulationsstörungen, dem tremor manuum, dann die reflektorische Starre und Differenz der Pupillen und der apoplektiforme Anfall sind ein Ensemble, das im ganzen an die demente Form einer regulären progressiven Paralyse erinnert.

So konnte die Frage entstehen, ob die ersten Attaken geistiger Störung in irgend welchem kausalen Verhältnis mit diesem finalen Bilde paralytischer Symptome standen oder ob die Erkrankungen selbständige, für sich abgeschlossene Formen des Irreseins waren und dann namentlich die letzte welcher Art.

Nach Voisin[1]) wäre für ähnliche Fälle die Sache ziemlich einfach zu entscheiden. Dieser Monographist der Paralyse spricht sich bei der Erörterung der Erscheinungen im Prodromalstadium, speziell bei dem Punkte, wenn auf Irreseinsformen mit nur psychischen Symptomen eine Dementia paralytica folgt, dahin aus, dass alle jene Formen, wenn sie allein 2 Jahre beständen, unabhängig, wenn aber während dieser Frist motorische Symptome sich entwickelten, abhängig von jener zu betrachten seien. Für den Fall einer dazwischentretenden Remission will er noch 2 Jahre zugeben. Dieser Vorschlag dürfte von einer zu mechanischen und willkürlichen Einteilung zeugen und nur gemacht sein, um das Extrem zu vermeiden, dass, wie einige Autoren behaupten, die psychischen Erscheinungen den motorischen 5, ja 20 Jahre vorausgehen, oder dass sich manche Menschen während ihres ganzen Lebens in einem Inkubationsstadium befinden könnten.

---

1) l. c. p. 21.

Für die Entscheidung dürfte wohl nur der nachzuweisende innere Zusammenhang oder dessen Fehlen massgebend sein, indem es darauf ankommt, ob während der ersten Psychosen schon prämonitorische Symptome der terminalen Krankheit oder in den relativ freien Intervallen solche Zeichen bestehen, die in etwas eine Brücke zwischen den einzelnen Anfällen bilden.

Wenn man in dieser Hinsicht nachforscht, so finden sich keine oder nur höchst zweifelhafte derartige Erscheinungen. Die erste Anamnese erscheint eine ganz andere, als man von einem angehenden Paralytiker zu erheben gewohnt ist. Erst die Angaben, die bei der dritten Aufnahme gemacht wurden, zeigen diese Ähnlichkeit. Es wird zwar bei dem ersten status praesens eine Pupillendifferenz und sogar eine träge Reaktion der linken ad maximum erweiterten Pupille notiert, jedoch auch zu gleicher Zeit vermerkt, dass dieselbe, die schon längere Zeit bestehen soll, durch wiederholtes Atropinisieren hervorgerufen sei. In der übrigen Zeit ist von einer solchen nichts erwähnt. Bei Fall I waren während der ganzen Krankheit wechselnde Pupillenphänomene zu beobachten. Bei Frau N. ist die ungleiche Weite nur anfangs sichtbar gewesen. Gewiss ist dieselbe später zurückgegangen, so dass ihr damaliges Auftreten von sehr zweifelhaftem Werte ist. Und sonstige motorische Ausfallserscheinungen waren zur Zeit auch nicht vorhanden. Andererseits finden sich in den luciden Stadien keine Symptome, von denen sich der Übergang der einen Form in die andere nachweisen liesse. Das erste Ruhestadium dauerte nur annähernd $2^1/_2$ Monate und von diesen zeigten schon die letzten vier Wochen einen erneuten Ausbruch geistiger Störung an. Mag man diese Epoche als Reaktion auf die vorhergegangene maniakalische Erregung auffassen oder nicht, sicher hat sie mit der Endkrankheit nichts zu thun. In dem zweiten Ruhestadium, das nach Abrechnung des Jahres der sich bereits zeigenden psychischen Anomalien $2^3/_4$ Jahre anhielt, war der Zustand

der Patientin ein guter. Ein residuum der früher durchgemachten Erkrankungen wurde nicht bekannt. Bei den Schüle'schen Fällen[1]) lag zwischen dem ersten Anfall und der letalen Endkrankheit nur ein kurzer Zeitraum, mehrere Wochen, einmal mehrere Monate. Ausserdem hatten diese noch das Besondere, dass die Anfangserkrankungen, deren jede ein in sich abgeschlossenes Bild einer sogenannten primären Irreseinsform bot, ohne dass das geringste motorische Symptom Anlass gab, auf die nachfolgende Paralyse zu schliessen, doch nicht ohne Andeutung einer tieferen Affektion des Gehirns verliefen. „Im Fall I und II war es die charakteristische Reizbarkeit, jene ausgeprägt konvulsive Reaktion auf jede noch so milde und harmlose Ansprache, welche die tiefe innere Schädigung des Cerebrallebens, wenn auch in einer strikten pathologisch-anatomischen Formel nicht definierbar, doch dem kundigen Auge nahe legte; im Fall II überdies noch die eigentümlich geartete Manie, welche in ihrem raschen Anstieg bis an die Grenzen des Delirium akutum das schwergestörte Gleichgewicht der Hirnelemente mit drohender Tendenz zum Zerfalle anzeigte. Fall III aber liess in der durch mehrere Monate andauernden Stupidität erkennen, dass sie als organische Grundlage anzusprechende Gehirnhyperämie einen Grad und eine Wirkung erreicht habe, welche bereits zu Ernährungsstörungen geführt haben müsse, weit über das mit den Fällen leichterer Rückbildung vereinbare Mass hinaus.“ Darüber also war man sich klar, dass eine ernstere Gehirnaffektion vorliege und trotz der Genesung der Patienten von diesen Anfällen prognostisch nicht beruhigt, aber diese Zweifel gründeten sich, wie Schüle sagt, mehr auf ein synthetisches Gefühlsurteil als auf ein durch Worte präzisierbares, auf Analyse gestütztes Räsonnement.

Hier in unserem zweiten Falle ist während der ersten Anfälle nichts von dergleichen besonderen Krankheitszeichen

---

1) l. c.

oder von den symptômes surajoutés, wie sie Baillarger nennt, zu bemerken. Die Manie und die Melancholie äusserte sich wie jede andere derartige einfache Erkrankung. Vor allem ist während der maniakalischen Exaltation kein Symptom einer beginnenden oder zunehmenden geistigen Schwäche zu entdecken. Gelegentlich entwickelte Patientin Pläne über Villenkauf. Wenn sich auch hierin eine grosse Unkenntnis ihrer Vermögenslage offenbart, so sind sie doch bei dem gesteigerten Wollen und der erregten Phantasie Maniakalischer, die hemmende Gegenvorstellungen nicht aufkommen lassen, erklärlich. Ganz besonders fehlt jegliche Andeutung, wodurch ihr Gebahren den Stempel des Sinnlosen und Absurden erhielte. Die zahllosen Wünsche und die wiederholten Fluchtversuche zeigen eben nur die Steigerung im Gedankenablauf und des Willens an, und die Hetzereien und Schimpfereien sind reaktiver boshafter Ausfluss ihrer nicht zu erfüllenden Wünsche. Andererseits ist die in der melancholischen Periode verzeichnete tiefe Bewusstseinsstörung ein in schwereren Formen nicht ungewöhnliches Zeichen.

Da somit unter den klinischen Erscheinungen der ersten Psychosen nichts vorhanden ist, das zu dem Verdachte auf eine schon damals bestehende, nur latente Paralyse berechtigte, so fällt die Möglichkeit, dass die vorliegende Beobachtung einer primären Paralyse mit ungewöhnlichen Prodromalerscheinungen gleichzustellen wäre. Geht man dann noch weiter und betrachtet die autoptischen Befunde und die intra vitam sich darbietenden Äusserungen der letzten Krankheit, so erscheint dieselbe nach epikritischer Verwertung jener in einem anderen Lichte.

Abgesehen von den frischen Abscessen im rechten und linken Stirnhirn, fand sich im Marklager der ersten und zweiten rechten Stirnwindung ein wallnussgrosser Erweichungsherd, der auch die Corticalis und die Pia in der Grösse eines Fünfmarkstückes stark afficiert hatte. Der Beschaffenheit seiner Wandung nach musste er schon lange Zeit bestehen.

Der Herd hatte mehr die Gestalt einer Cyste mit fetzigen Wandungen und einem flüssigen Inhalte, in dem bröcklige Zerfallsprodukte suspendiert waren, angenommen. Durch den Befund, der sich am Sektionstische dem Auge darbot, war es zweifelhaft, welchen ätiologischen Momenten er seine Entstehung verdankte. Ebenso wenig findet sich unter den klinischen Erscheinungen eine Andeutung eines groben organischen intrakraniellen Leidens, in dem von einem apoplektischen, embolischen oder mehr noch von einem thrombotischen Insulte nichts nachzuweisen ist. Seit einem Jahre vor dem letzten Eintritt wurde eine zunehmende Apathie bemerkt und von diesem Zeitpunkt mag wohl das Alter des Erweichungsherdes datieren. Von da ab nahm die psychische Leistungsfähigkeit langsam ab, in dem Verhältnis wohl, wie der Herd selbst sich veränderte und wie seine konsekutiven Fernwirkungen sich geltend machten. Wenngleich man schon öfter die Beobachtung gemacht hat, dass ähnlich gelegene grob-anatomische Veränderungen symptomlos verlaufen sind, so waren das Erweichungsherde, die circumscript blieben, oder solch jungen Datums, dass sich sekundäre Folgezustände noch nicht entwickeln konnten. Bei der Empfindlichkeit der Gehirnelemente ist es natürlich, dass solch grosse Cysten nicht lange bestehen können, ohne durch in Folge ihrer Gegenwart gesetzte Reizung ihre Nachbarschaft in Mitleidenschaft zu ziehen, wie sich denn auch in der Regel eine konsekutive Encephalitis an der Grenze von Erweichungsherden etabliert und dann durch Übergreifen verwandter pathologischer Vorgänge auf weitere Gebiete intensive diffuse Veränderungen der Gewebe, schliesslich auch eine allgemeine Atrophie und Involution des Gehirns mit sämtlichen Folgeerscheinungen hervorzurufen, so dass auch autoptisch Befunde sich darbieten, wie man sie bei Paralyse anzutreffen pflegt. Der Erweichungsherd selbst konnte seiner Lokalisation nach keine motorischen Herderscheinungen verursachen; desgleichen waren spezielle, prägnante psychische Herdsymptome, wie sie

bei analogen Veränderungen im Parietal- und Occipitallappen verzeichnet werden, ausgeschlossen. Wenigstens ist bei der gegenwärtigen Kenntnis über Lokalisationen es nicht gegeben, von bestimmten Ausfallserscheinungen der höheren psychischen Kräfte Rückschlüsse zu machen auf eine Läsion gewisser Bezirke der Stirnlappen, die doch als Organ derselben gelten. Hier beschränkten sich die Anfangssymptome auf Störungen allgemeiner Natur, wie sie sich in zunehmender Gedächtnisschwäche, irregulärer, grundloser oder nicht gehörig motivierter Stimmungsschwankung mit der Neigung zu zornigen Expektorationen, in der den Rahmen des Ganzen abgebenden psychischen Indolenz mit allmählichem Übergang in völligen, dauernden Schwachsinn äusserte. Aber auf eine circumscripte, greifbare Läsion des Gehirns, wie sie sich bei der Sektion ergab, wiesen keine ausgesprochenen cerebralen Symptome hin. Nicht einmal Kopfweh oder Eingenommensein wurde geklagt, trotzdem Patientin gleich im Anfang nicht so dement war, dass sie subjektive Klagen nicht hätte angeben können. Auffallend war nur für eine Paralyse die von vornherein starke Apathie und die für Frauen abnorm rasche Entwickelung der paralytischen Symptome. Wir haben also in vorliegendem Falle ein ziemlich reiches Bouquet paralytischer Symptome, so dass klinisch ein der echten Dementia paralytica ähnliches Bild sich darbot. Epikritisch aber erklärt sich diese Erkrankung anders. Wie man nach dem allgemein giltigen Prinzipe, den klinischen Sammelnamen der allgemeinen progressiven Paralyse in konkrete Krankheitsgruppen zu sondern, schon eine Reihe Erkrankungen abgespalten hat und dieselben besonders ihrer Prognose wegen unter speziellen Bezeichnungen aufführt, wie die auf Alcoholismus chronicus, Gehirnlues und Bleivergiftung beruhenden Pseudoparalysen, so wird man auch paralytische Bilder, die auf einem palpabeln Gehirnleiden beruhen, nicht mit der echten Paralyse vermischen.

* * *

Am Schlusse der Arbeit erfülle ich noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. H. Grashey, für die gütige Überlassung des Themas meinen ehrfurchtsvollen Dank auszusprechen.